

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO LIBERO  
PROFESSIONISTA CON ATTIVITA' AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E ATTIVITA' SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE  
ALL'INTERNO DI STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE E/O DEL MEDICO CONVENZIONATO  
E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA**

**INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA**

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

**INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA**

<b>Che tipo di attivit� svolge</b> (Crocettare)	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, <b>esclusi</b> accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
Specializzando (formula Young)		

<b>L'attivit� descritta come:</b> (Crocettare)	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia	
	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia e/o attivit� svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
	Medico Dipendente di struttura privata	
	Medico Convenzionato con il S.S.N.	
	Medico Dipendente di struttura pubblica	

<b>L'attivit� descritta viene svolta presso:</b>	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

<b>detiene polizze in corso per il medesimo rischio?</b>	<b>Si'</b>		<b>No</b>	
--	------------	--	-----------	--

<b><u>� a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attivit� in regime di libero professionista o dipendente?</u></b>	<b><u>Si'</u></b>	<b><u>No</u></b>
	<b><u>In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza</u></b>	
<b><u>L'esigenza di copertura � determinata da:</u></b>  (Crocettare)	Obblighi di Legge	
	Impegni Contrattuali	
	Personalit� esigenze di prevenzione del rischio	
	Altro (descrivere)	

Firma (leggibile) dell'Assicurando

\_\_\_\_\_

## RCP MEDICO LIBERO PROFESSIONISTA CON ATTIVITÀ AMBULATORIALE EXTRAMOENIA E ATTIVITÀ SVOLTA IN REGIME LIBERO PROFESSIONALE ALL'INTERNO DI STRUTTURE PUBBLICHE, ACCREDITATE O PRIVATE E/O DEL MEDICO CONVENZIONATO S.S.N.

**Modulo di proposta/questionario per l'assicurazione della responsabilità civile professionale**  
Da inviare presso gli Uffici competenti di Compagnia compilato in ogni sua parte e firmato dall'Assicurando

### DICHIARAZIONE

L'Assicurando fornisce i dati necessari solo per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa. La firma del presente modulo non impegna le Parti alla stipulazione del contratto. Qualora il contratto venga sottoscritto, le dichiarazioni rese formeranno parte integrante della polizza di assicurazione ai fini degli articoli 1892,1893,1894 del Codice Civile. L'Assicurando dichiara pertanto di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi posti in essere prima della compilazione del presente modulo e di non essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere di un obbligo di risarcimento di danno a lui imputabile per fatto già verificatosi al momento della compilazione del modulo, ovvero la copertura assicurativa non opera in relazione ai sinistri in attinenza ai quali l'Assicurando, prima della stipula della polizza, abbia già avuto notizia o conoscenza dei presupposti determinanti la sua responsabilità professionale, dichiarando altresì che i dati forniti rispondono a verità e di non aver sottaciato informazioni relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio.

### ASSICURANDO

Cognome Nome	Codice fiscale		
Indirizzo	Iscritto all'albo di Dal		
Indirizzo di posta elettronica			
Titolo di studio (croceettare)			
Laurea in medicina e chirurgia	Odontoiatria	Farmacia	Biologia
Chimica	Chimica e tecnologie farmaceutiche	Veterinaria	Psicologia
Professioni infermieristiche		Altro titolo di studio universitario di tipo sanitario	
Data di conseguimento del titolo di studio			
Data di iscrizione all'Albo professionale			
Data di conseguimento della specializzazione			

### ATTIVITÀ SVOLTA - MASSIMALI

<b>L'Assicurando dichiara di svolgere l'attività di</b> (Croceettare)	Libero professionista con attività ambulatoriale extramoenia					
	Medico convenzionato S.S.N.					
	Libero professionista all'interno di strutture sanitarie (solo per quest'ultimo caso croceettare sotto)					
	Pubbliche		Accreditate		Private	

### Con la seguente specializzazione

	Con la richiesta dei seguenti Massimali in euro (Croceettare)						
	500.000	750.000	1.000.000	1.500.000	1.750.000	2.000.000	2.500.000
Medico Generico – di Base		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Medico Specialista, <b>esclusi</b> accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Medico Specialista, <b>compresi</b> accertamenti diagnostici invasivi, <b>esclusi</b> interventi chirurgici, <b>Radiologi</b>		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE		
Anestesista/Rianimatore	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE		NON PRESTABILE			
Medico che pratica la chirurgia		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE
Ortopedico che pratica la chirurgia		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE
Medico dentista, Odontoiatra <b>esclusa</b> l'implantologia	NON PRESTABILE				NON PRESTABILE		R.D.
Medico dentista, Odontoiatra <b>compresa</b> l'implantologia	NON PRESTABILE				NON PRESTABILE		R.D.
Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto		NON PRESTABILE			NON PRESTABILE	NON PRESTABILE	NON PRESTABILE

### DETTAGLIO SPECIALIZZAZIONE SVOLTA

<b>ANESTESIA</b>	<b>Ambulatoriale</b>		<b>Chirurgia</b>
<b>ANGIOLOGIA - FLEBOLOGIA</b>	<b>Chirurgia minore</b>		<b>Chirurgia</b>
<b>CARDIOLOGIA</b>	<b>Chirurgia minore</b>		<b>Chirurgia</b>
<b>CARDIOCHIRURGIA</b>			
<b>CHIRURGIA D'URGENZA E PRONTO SOCCORSO</b>			

CHIRURGIA GENERALE esclusa bariatrica				
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE				
CHIRURGIA ONCOLOGICA				
CHIRURGIA TORACICA				
CHIRURGIA VASCOLARE	Chirurgia minore		Chirurgia	
DERMATOLOGIA - VENEREOLOGIA	Chirurgia minore		Chirurgia	
GASTROENTEROLOGIA	Chirurgia minore		Chirurgia	
GINECOLOGIA AMBULATORIALE ESCLUSI INTERVENTI ESCLUSA ASSISTENZA AL PARTO	Senza PMA		Con PMA e chirurgia minore	
GINECOLOGIA OSTETRICA COMPRESI INTERVENTI	Con assistenza al parto		Senza assistenza al parto	
MEDICINA ESTETICA esclusi accertamenti esclusi interventi				
NEUROCHIRURGIA				
OCULISTICA / OFTALMOLOGIA	Chirurgia minore		Chirurgia	
ORTOPEDIA	Esclusi interventi spinali		Compresi interventi spinali	
OTORINOLARINGOIATRIA CON CHIRURGIA	esclusa estetica		Compresa estetica	
PEDIATRIA SENZA NEONATOLOGIA				
RADIODIAGNOSTICA				
RADIOLOGIA INTEVENTISTICA				
UROLOGIA CON CHIRURGIA				
ALTRO (Specificare)				
	Chirurgia minore		Chirurgia	

#### DEFINIZIONI

**Ambulatoriale:** prestazione anestesiológica locale effettuata in ambulatorio, con esclusione degli interventi chirurgici o procedure diagnostiche invasive in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno.

**Accertamenti diagnostici invasivi:** atti invasivi diagnostici NON terapeutici praticati senza accesso alla sala operatoria e senza ricorso ad anestesia totale, spinale o epidurale, che prevedono l'inserimento nell'organismo di un idoneo strumentario medico e/o il prelievo biptico per indagini istologiche.

**Chirurgia minore:** atti invasivi diagnostici e/o terapeutici praticati senza accesso alla sala operatoria o con accesso alla sala operatoria e senza ricorso ad anestesia totale, spinale o epidurale, che prevedono l'inserimento nell'organismo di un idoneo strumentario medico e/o che comportano l'asportazione di tessuti e/o il prelievo biptico per indagini istologiche.

**Chirurgia:** attività che comprende interventi con incisione, resezione o asportazione, taglio e cucitura dei tessuti o organi, in qualunque modo effettuati, per fini terapeutici, in anestesia anche totale.

CONDIZIONI FACOLTATIVE – DURATA CONTRATTUALE	VARIAZIONI DI PREMIO	Crocezzare
Estensione <b>P1) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio maggiorato	<b>del 25% del premio di tariffa</b>	
In alterantiva a quanto sopra Estensione <b>P2) GARANZIA POSTUMA ILLIMITATA</b> attraverso il pagamento di un premio in unica soluzione pari al <b>N.B.</b> La presente formula di pagamento può essere scelta anche solo in coincidenza della cessazione del contratto.	200% per i contratti in vigore da almeno 5 annualità complete 250% per i contratti in vigore da almeno 3 annualità complete 300% per i contratti in vigore da almeno 2 annualità complete 400% per i contratti in vigore da almeno 1 annualità completa <b>Del premio corrisposto per l'ultima annualità</b>	
Limitazione <b>FORMULA YOUNG</b> – concedibile agli iscritti all'Albo professionale da non più di 3 anni alla data della sottoscrizione della polizza. Alla scadenza di tale periodo, la polizza stessa non si intenderà più rinnovabile alle medesime condizioni "Formula Young".	<b>Premio annuo lordo di polizza euro 265 Massimale prestatato di euro 2.000.000</b>	
Estensione <b>Attività di DIRIGENTE RESPONSABILE di struttura complessa e di Capo Dipartimento</b> (Non concedibile se scelta la Formula YOUNG)	<b>Aumento del 100% del premio di tariffa</b>	
Scelta della <b>DURATA CONTRATTUALE</b>	Annuale	Quinquennale

## SINISTRI – ALTRE POLIZZE

Negli ultimi 5 anni sono state rivolte all'Assicurando richieste di risarcimento per danni imputabili a una sua responsabilit  professionale? (SI/NO)

**Se SI COMPILARE LA DICHIARAZIONE SINISTRI ED ALLEGARE RELATIVA DOCUMENTAZIONE**

**Ovvero l'assicurando   a conoscenza di circostanze che ritiene possano influire sulla scelta della Compagnia di concludere il contratto o di concluderlo a condizioni diverse?**

SI NO

Negli ultimi cinque anni sono state annullate polizze di R.C. Professionale?

Se S , quando e da quale Compagnia?

Ha polizze in corso per il medesimo rischio?

Se S , indichi il massimale

Il nome della Compagnia assicurativa e la scadenza della polizza

Sono state disdettate?

  titolare di una polizza TUTELA LEGALE?

SI NO

Se S  con quale Compagnia?

DATA

L'ASSICURANDO

Le condizioni normative e tariffarie che verranno comunicate, riguardanti la propria copertura assicurativa, avranno validit  30 giorni dalla data sopra indicata.

## AVVERTENZE

IL PAGAMENTO DEL PREMIO PUO' ESSERE EFFETTUATO ATTRAVERSO DENARO CONTANTE (ENTRO I LIMITI PREVISTI DALLA NORMATIVA IN VIGORE) FATTA SALVA LA DISPONIBILITA' DELL'INTERMEDIARIO AD ACCETTARE I SEGUENTI MEZZI DI PAGAMENTO:

- ASSEgni BANCARI E CIRCOLARI – BONIFICI BANCARI – BOLLETTINI POSTALI – STRUMENTI ELETTRONICI DI PAGAMENTO

LA PERIODICITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO   ANNUALE – PER PREMI ANNUI LORDI SUPERIORI AD EURO 1.500   PREVISTA LA POSSIBILITA' DI FRAZIONARE IL PREMIO STESSO IN DUE RATE SEMESTRALI, CON L'APPLICAZIONE DI UNA MAGGIORAZIONE DEL 3%

LE DICHIARAZIONI NON VERITIERE, INESATTE O LE RETICENZE DEL CONTRAENTE O COMUNQUE DAL SOGGETTO LEGITTIMATO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE PER LA CONCLUSIONE DEL CONTRATTO, POSSONO COMPROMETTERE IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE.

PER IL MEDICO GINECOLOGO, CHIURGO ESTETICO ED ODONTOIATRA, IN CASO DI STIPULA E/O VIGENZA DI POLIZZA ASSICURATIVA DI TUTELA LEGALE PER LE PROFESSIONI MEDICHE CON ASSICURATRICE MILANESE E' PREVISTA L'APPLICAZIONE DI TARIFFA SCONTATA

## INFORMATIVA

IN CASO DI CONTRATTO POLIENNALE CON FRAZIONAMENTO ANNUO LA MISURA DELLA RIDUZIONE DI PREMIO PRATICATA RISULTA ESSERE DEL:

- 10% PER TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI INDICATE NEL PRESENTE MODULO DI PROPOSTA, SALVO:
- 15% PER IL MEDICO SPECIALISTA CON O SENZA ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI INVASIVI
- 5% PER IL MEDICO GENERICO
- 5% PER IL MEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA
- 5% PER L'ORTOPEDICO CHE PRATICA LA CHIRURGIA

A FRONTE DELLA SUDETTA RIDUZIONE DI PREMIO, IL CONTRAENTE NON PUO' ESERCITARE LA FACOLTA' DI RECESSO DAL CONTRATTO PER I PRIMI CINQUE ANNI DI DURATA CONTRATTUALE.

## SOTTOSCRIZIONE AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS N.  41 DEL 2/8/2018

L'Assicurando dichiara che prima della sottoscrizione della presente proposta, ha ricevuto copia dei seguenti singoli documenti, contenuti nel SET INFORMATIVO, conformemente a quanto stabilito dal Regolamento IVASS n.  41 del 2 agosto 2018:

- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE (DIP)
- DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE AGGIUNTIVO (DIP AGGIUNTIVO)
- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
- FAC SIMILE MODULO DI ADEGUATEZZA/PROPOSTA
- INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – GDPR N.  679 - 2016

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

## DICHIARAZIONE

L'ASSICURANDO DICHIARA ALTRESI' DI NON AVERE PRESENTATO AD ASSICURATRICE MILANESE S.p.A. ALTRE PROPOSTE PER I MEDESIMI RISCHI NEGLI ULTIMI 90 GIORNI.

L'ASSICURANDO \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'AGENZIA

CODICE AGENZIA

TIMBRO / FIRMA

PROPOSTA NUMERO

ALLEGATI NUMERO

EFFETTO DELLA POLIZZA RICHIESTO

**EVIDENZIARE SE:**

SOSTITUISCE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

RIPRENDE POLIZZA ASSICURATRICE MILANESE N.°

EFFETTO

SPAZIO RISERVATO ALLA DIREZIONE

DATA

FIRMA PER AUTORIZZAZIONE